

DES
KYSTES HYDATIQUES
DU FOIE

ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

Le 10 Août 1883

Par Jean-François PERETTI

Né à Giuncheto (Corse), le 2 avril 1856

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DU DÉPARTEMENT D'ORAN

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES

RUES DURAND ET LEVAT

—
1883

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✻..... DOYEN
 CASTAN..... } ASSESSEURS
 COMBAL..... }

PROFESSEURS

<i>Opérations et appareils</i>	BOUISSON, O. ✻ ✻, D. HONORAIRE
<i>Pathologie externe</i>	BOYER ✻.
<i>Accouchements</i>	DUMAS ✻.
<i>Clinique médicale</i>	DUPRÉ ✻ C. ✻.
<i>Anatomie</i>	BENOIT ✻ ✻.
<i>Clinique chirurgicale</i>	COURTY ✻.
<i>Clinique médicale</i>	COMBAL ✻ ✻.
<i>Clinique des maladies mentales et nerveuses</i>	
<i>Physique médicale</i>	CAVALIER ✻.
<i>Anatomie pathologique et histologie</i>	MOITESSIER ✻.
<i>Médecine légale et toxicologie</i>	ESTOR.
<i>Clinique chirurgicale</i>	JAUMES.
<i>Chimie médicale et Pharmacie</i>	DUBRUEIL ✻.
<i>Hygiène</i>	ENGEL.
<i>Pathologie médicale</i>	BERTIN-SANS.
<i>Thérapeutique et Matière médic.</i>	CASTAN.
<i>Botanique et Histoire naturelle médic.</i>	GRASSET.
<i>Physiologie, chargé du cours</i>	PLANCHON ✻ ✻.
	LANNEGRACE.
	MARTIN (O. ✻), FONSSAGRIVES (O. ✻), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS

<i>Clinique des maladies des enfants</i>	MM. BATTLE, agrégé.
<i>Clinique des maladies syphilit. et cutan.</i>	GAYRAUD, agrégé.
<i>Clinique des maladies des vieillards.</i>	HAMELIN, agrégé.

AGRÉGÉS

MESSIEURS
 JACQUEMET.
 PÉCHOLIER.
 HAMELIN.
 GRYNFELTT.
 DE GIRARD.
 SERRE.
 ROUSTAN.
 CARRIEU.

MESSIEURS
 MAIRET.
 CHALOT.
 BIMAR.
 LANNEGRACE.
 MOSSÉ.
 REGIMBEAU ✻.
 TÉDENAT.
 DUMAS fils.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BOYER, Président ;
 BOUISSON, Professeur ;
 TÉDENAT } Agrégés.
 ROUSTAN }

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de ma bonne Mère et de mon Frère

Regrets éternels !

A mon Père chéri

MÉDECIN. MEMBRE DU CONSEIL D'HYGIÈNE DE SARTÈNE
MAIRE DE GIUNCHETO

Témoignage de mon éternelle reconnaissance !

C'est à votre dévouement et à vos sacrifices que je dois ce que je suis. Puissé-je toujours mériter votre approbation !

A mon Grand-Père

Puissions-nous vous posséder longtemps encore et vous dédommager un peu de tout ce que vous méritez par une longue vie de labeurs continuels et d'affection immense.

A ma Sœur bien-aimée

Gage de dévouement et d'affection fraternelle.

Aimons-nous bien toujours !

A ma tante Rosine Peretti

Vous nous avez adopté pour vos enfants et vos soins affectueux ne nous ont jamais fait défaut.

J.-F. PERETTI.

A mon cousin Simon-François Leandri

COMMIS DES TÉLÉGRAPHES A MARSEILLE

A mon parent Alexandre Bartoli

DÉPUTÉ DE LA CORSE

ANCIEN PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A mon parent Pepé Peretti

MÉDECIN

A mon parent A. Peretti

ADMINISTRATEUR-ADJOINT EN ALGÉRIE

A M. LE DOCTEUR GUGLIELMI

MÉDECIN TRAITANT A L'HOPITAL CIVIL D'ORAN

*Hommage de reconnaissance pour ses
savantes leçons et l'amitié qu'il m'a
témoignée.*

A la mémoire de M. Jasseron

Notre regretté chef de service à l'hôpital d'Oran

J.-F. PERETTI.

A mon ami Pierre d'Ortoli

PROPRIÉTAIRE A SARTÈNE

A MES AMIS

le Docteur NOEL, médecin de Colonisation

ET

LAURENS, administrateur

Souvenir affectueux.

A M. le docteur Turot

MÉDECIN DE L'HOPITAL CIVIL DU SIG

PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DU DÉPARTEMENT D'ORAN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES AMIS

les Docteurs J. BOURGUET, Paul AURET, Félix CHARON

Médecin de colonisation à Fleurus, département d'Oran

ET

RAYNIER

Médecin à Marsillargues

Souvenir de notre internat.

A mon ami Toulza

RECEVEUR-ÉCONOME A L'HOPITAL D'ORAN

J.-F. PERETTI.

INTRODUCTION

Bien que l'étude des kystes hydatiques ne remonte qu'à 1821, c'est-à-dire à l'époque de la découverte et de la description exacte des échinocoques, le sujet paraît épuisé, tant sont nombreux les travaux publiés sur cette matière.

Ayant eu la douleur d'observer un kyste hydatique du foie chez une de nos tantes (observation IV) et ayant pu étudier plus tard deux autres cas de la même maladie, pendant près de deux ans d'internat en Algérie, nous avons pensé en faire le sujet de notre thèse, selon les conseils de notre père qui a pu nous fournir plusieurs observations. Ce qui nous a surtout décidé à entreprendre ce travail, c'est que nous avons vu employer chez ces trois malades trois procédés différents.

Que M. le professeur agrégé Roustan nous permette de lui témoigner ici toute notre gratitude pour la bienveillance avec laquelle il a bien voulu nous diriger dans notre entreprise et pour l'observation très-instructive qu'il a eu la bonté de nous communiquer (observation II).

Nous n'avons pas voulu présenter une étude complète (tâche longue et bien au-dessus de nos forces), mais seulement un exposé succinct des connaissances acquises sur les kystes hydatiques du foie, en insistant sur le traitement chirurgical surtout et en

VIII

recommandant à l'attention de nos Juges l'emploi du siphon, qu'a mis une fois en pratique et avec succès M. le professeur Revilliod, pour opérer des lavages dans la cavité d'un kyste hydatique suppuré du foie.

Si notre travail est au-dessous des efforts qu'il nous a coûtés, nous espérons que nos Maîtres tiendront compte de notre bonne volonté et accorderont une indulgente attention à notre dernière épreuve.

DES
KYSTES HYDATIQUES
DU FOIE

ET DE LEUR TRAITEMENT

HISTORIQUE

Jusqu'à la découverte de l'animalité des vers vésiculaires on a regardé les kystes hydatiques du foie comme des kystes séreux. Ceux-ci ont été considérés à leur tour comme des poches lymphatiques ou sanguines, ou bien comme un produit morbide du tissu cellulaire.

L'étude des kystes hydatiques ne fut entreprise sérieusement qu'au XVI^e et au XVII^e siècle, avec la découverte de l'animalité des vers vésiculaires, découverte qui ne fut répandue que vers la fin du XVIII^e siècle.

La nature des hydatides a donné lieu à des interprétations très-nombreuses et très-différentes les unes des autres. Bartholin, Warthon, Bidloo, Dodard, Morand, etc., désignaient les vaisseaux lymphatiques dilatés comme lieu de leur origine, et Ruysch les vaisseaux sanguins.

Mouro et Schreiber croient à une altération du tissu cellulaire ; Bœrhave et Haller à une maladie des follicules, et Grashuys à un tra-

vail morbide effectué aux dépens du tissu adipeux. D'autres enfin, pour ne citer que ces deux dernières opinions, les ont considérées comme des hydropisies enkystées ou des produits d'inflammation.

Aristote, le premier, fait mention des vers vésiculaires; mais, de son temps, on ignorait leur animalité, qui ne fut connue qu'en 1668, par Pecquet, et confirmée par Redi en 1684 (1). Néanmoins, cette découverte est attribuée à Hartmann (2) qui, en 1685, fit une description exacte des hydatides trouvées dans l'épiploon d'une chèvre. Edward Tyson (3) constata leur existence chez l'antilope d'abord, et chez le mouton ensuite.

Les travaux très-intéressants que nous venons de citer restèrent soixante ans dans l'oubli, jusqu'à ce que Morgagni (4) les rappelât à ses contemporains.

Pallas (5), en 1766, fit le jour sur la question des vers vésiculaires, en démontrant les rapports qui les unissent aux tænias. Ses recherches furent complétées par Gœze, en 1782, et Bremser, en 1819 (6).

HYDATIDES MÈRES DES ÉCHINOCOQUES

Nous voulons étudier, dans ce chapitre, la série des transformations qui donnent naissance aux échinocoques en faisant précéder cette étude des développements historiques qu'elle comporte.

(1) Francesco Redi : Osservazioni intorno agli animali viventi che si trovano negli animali viventi. Firenze 1684. Trad. lat. p. 196.

(2) Ph. Jacq. Hartmann : Ephem. nat. cur., 1696.

(3) Edward Tyson : 1693, in Philosoph. transact. vol. XVII, for the year, p. 506.

(4) J. B. Morgagni : De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis, libri quinque, epit. XXXVIII, § 44.

(5) Pallas : Miscellanea zoologica, 1766.

(6) Bremser : Traité sur les vers intestinaux de l'homme. Trad. de l'allemand. Paris, 1837.

Hippocrate (1) connaissait les kystes du foie et leurs effets mortels quand, en se rompant, ils s'épanchaient dans l'épiploon. Galien et Arétée ont eu sans doute en vue les hydatides quand ils ont dit que : « *l'on trouve, dans les animaux que l'on égorge, le foie contenant des vésicules remplies d'eau (2)* » et « *que ces vésicules se produisent dans les lieux où l'ascite existe ordinairement (3)* ».

Au XVI^e et au XVII^e siècle, quelques observateurs ont reconnu les hydatides et les ont parfaitement décrites dans leurs ouvrages. Nous pouvons citer, entre autres : Christ. a Véga (4), F. Plater (5), Rivière, Wolkerus, Bonet dans le Sepulcretum, etc... qui ont relaté des observations nombreuses se rapportant précisément aux kystes hydatiques ; mais aucun d'eux, jusqu'à Pallas, n'a soupçonné leur animalité. Ce dernier reconnut les cysticerques et les classa ; mais il ignora la nature des échinocoques et leur structure, parce qu'il ne possédait pas les instruments de grossissement que nous avons aujourd'hui dans les mains.

Cette ignorance persista dans la science jusqu'en 1821. Bien que Goeze, Zeder, Rudolphi et Werner eussent vu des échinocoques de l'homme, leurs observations sont peu exactes et peu concluantes. Bremser décrivit le premier les échinocoques trouvés le 21 février 1821 (6) dans un kyste hydatique gros comme un œuf de poule, et à lui revient l'honneur de cette découverte. Il faut dire néanmoins, dans l'intérêt de la vérité, que Laënnec, en 1804, avait déjà considéré les échinocoques comme des êtres différents des hydatides du bœuf et du mouton et qu'il leur avait donné le nom d'*acéphalocystes*. Quelques

(1) Œuvres d'Hippocrate : trad. de Littré, t. IV, page 595.

(2) Galien : Comment. in. Aphor. Lib. VII n° 54.

(3) Arétée : De causis et notis diuturn. affect. Lib. II, cap. 1 — De Hydrope,

(4) Christ. a Vegà : Comment. ad. aphor. 55, Lib. VII, cap. 1.

(5) L. V. Félix Platerus : De observ. propriis, in Schenck.

(6) Bremser : Notice sur l'échinococcus hominis. Journ. compl. Paris (1821) t. XI, p. 282.

années plus tard, Himly et Kuhn (1) ont publié à ce sujet des études d'une importance peuconsidérable et dont la lecture est peu instructive.

Jusqu'en 1843, l'hydatide contenant des échinocoques est regardée comme très rare chez l'homme, et nous devons à M. Eug. Livois (2) d'avoir démontré le contraire en prouvant justement sa fréquence, et aussi que *leur nombre (des échinocoques) est en rapport avec le volume des poches elles-mêmes.*

Depuis lors, ces idées furent généralement acceptées ; mais ce n'est que dans la suite que l'on a acquis des notions plus précises, aujourd'hui tout-à-fait complètes, sur la nature et l'évolution des échinocoques, grâce aux découvertes des helminthologistes, van Siebold (3), Leuckart (4), van Beneden (5). Nous devons surtout à Davaine le meilleur des traités parus sur cette matière et nous déclarons qu'il nous a été d'une grande utilité dans l'accomplissement de notre travail. Aujourd'hui on considère les hydatides comme « *des vésicules libres de toutes parts, vivant d'une vie propre et ne demandant à l'animal qui les porte que le lieu, la chaleur et des produits exhalés qu'elles ont la faculté de s'assimiler* » (6). Hydatide et acéphalocyste sont des termes synonymes et les vésicules qu'elles désignent renferment ou non des animaux, *les échinocoques*, adhérents non à l'hydatide mais à une mince membrane qui les tapisse ou flotte dans sa cavité ».

« *Les hydatides à l'état parfait sont des vésicules arrondies, formées d'une matière semblable à l'albumine coagulée, renfermant un liquide libre de toute connexion avec l'organe qui les renferme. Elles contiennent des échinocoques adhérents à leur*

(1) Himly : Hufeland's journ. décembre 1809, p. 140.

(2) Eug. Livois : Recherches sur les échinocoques chez l'homme et chez les animaux. (Thèse Paris, 1843).

(3) Van Siebold : Weberband on blasenwürmer (Leipsig 1854).

(4) Leuckart : Die blasenband würmer (Giessen 1856).

(5) Van Beneden : Origine des divers tœnias (Académie des sciences, (1862).

(6) Cruveilhier, cité dans le dictionnaire de Littré et Robin.

surface interne et flottant dans le liquide hydatique (1) ». Leur volume, quelquefois à peine visible à l'œil nu, peut présenter d'autres fois les dimensions d'une tête de fœtus ; mais généralement il varie entre la grandeur d'un pois et celle d'une orange. Leur forme est souvent modifiée par la compression exercée sur elles par les parties environnantes. Quant à la membrane qui les circonscrit, elle présente comme caractère histologique distinctif des couches superposées excessivement minces. Sa face externe est lisse et unie, tandis que la face interne est rugueuse. Toutes les hydatides possèdent une cavité contenant un liquide séreux et limpide. Souvent avec une grande hydatide, on en trouve une petite et d'autres fois une grande en renferme plusieurs petites. Celles-ci naissent comme des bourgeons sur la surface interne de l'hydatide mère, grossissent, deviennent creuses et se détachent ensuite. Les hydatides sont très-élastiques : quand on les ébranle par un coup sec, le choc se transmet dans la masse et leur collision produit un bruit particulier, le *frémissement hydatique*. Les hydatides ont une vie assez longue, et quand elles meurent, elles subissent des modifications telles que leur existence antérieure ne peut être reconnue dans la suite qu'à la persistance des crochets des échinocoques.

On a remarqué qu'il y a des hydatides *stériles* et des hydatides *fertiles*, c'est-à-dire qui renferment ou non des échinocoques. On peut reconnaître les unes des autres en ce que les hydatides stériles ont leur surface interne tapissée par une membrane unique, tandis que les autres en possèdent deux. La seconde membrane, qui donne naissance aux échinocoques, est appliquée sur la première soit dans toute son étendue, soit par plaques isolées : d'autres fois la membrane fertile envoie des prolongements qui flottent dans la cavité de l'hydatide.

Les échinocoques dont nous parlerons dans le chapitre qui suit sont solitaires ou fasciculés, adhérents ou pédiculés et vivent jusqu'à un

(1) Davaine : Traité des entozoaires et recherches sur le frémissement hydatique.

certain âge aux dépens de la membrane fertile. Plus tard, ils s'en détachent et nagent librement dans la cavité hydatique.

Des échinocoques. — Nous dirons quelques mots sur la genèse des échinocoques et la pathogénie des kystes hydatiques.

Les échinocoques sont les scolex du *tænia nain* ou *tænia echinococcus*, qui est une des trois variétés des *tænia*s formant, eux, un des genres des entozoaires cestoides. Il serait juste d'appeler les échinocoques des *deutoscolex*, puisqu'ils se développent aux dépens des proscœlex, lesquels meurent et se détruisent après une vie très-courte. Les *deutoscolex* sont donc un état de l'évolution d'une seconde génération. « La vésicute *proscœlex* donne, par métagenèse, naissance à plusieurs scolex (*échinocoques*), d'une façon anormale, ou à un seul (*tænia*s), dans les conditions normales. » (1).

Les œufs du *tænia nain* sont très-petits, les proscœlex ou embryons également, et leurs six crochets difficiles à voir, bien qu'apercevables.

Ces œufs se transmettent avec les aliments; ils éclosent dans le tube digestif et pénètrent quelquefois dans les vaisseaux sanguins. Arrivés dans le champ de la circulation, ils sont entraînés dans le foie, le cerveau, le poumon, etc.

Quand ils ont pénétré dans le foie, ils donnent lieu à une irritation locale. Il se forme autour d'eux un kyste dont les parois sont constituées par du tissu cellulaire qui prolifère, de façon à former plusieurs couches tassées les unes sur les autres et qu'il est impossible de séparer. Ce kyste, parfois uniloculaire, présente rarement plus de cinq à six loges.

(1) Littré et Robin : Dictionnaire de médecine, etc.

DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

DIVISION. — MARCHE. — SIÈGE.

Le foie est le siège de deux espèces de kystes (1) : les kystes hydatiques et les kystes séreux, bien moins fréquents que les précédents.

Les kystes hydatiques, les seuls dont nous ayons à nous occuper, étaient divisés autrefois d'après leurs dimensions : en grands et petits, ou bien en kystes suppurés et en kystes non suppurés. Aujourd'hui on les distingue en :

Kystes uniloculaires et
Kystes multiloculaires.

Marche. — Ces kystes évoluent très lentement, et ce n'est guère que par leur volume qu'ils influent fortement sur les fonctions. La digestion et la nutrition sont très rarement atteintes, et d'ordinaire le malade n'éprouve qu'un sentiment de distension et de pesanteur auquel s'ajoute souvent de la gêne de la respiration. Quand la douleur existe, elle rayonne souvent dans la région épigastrique, l'hypochondre droit et l'épaule droite.

Quand le kyste acquiert un très grand volume, le foie est comprimé, troublé dans ses fonctions et il s'atrophie par degrés et proportionnellement à la pression qu'il supporte. En même temps le malade maigrit rapidement ; mais ces conséquences sont plutôt amenées par des kystes multiples. En tous cas on observe parfois chez les malades atteints de kystes hydatiques, de l'ascite, de véritables hépatites, une tendance marquée pour les hémorrhagies, et, quand ils ont été affaiblis, des phlegmasies assez fréquentes atteignant l'appareil respiratoire.

(1) Jaccoud : Dict. de méd. et de chir. pratiques, art. Foie.

Siège. — Il est généralement reconnu qu'ils peuvent se développer dans toutes les parties de l'organe et amener différents désordres en rapport avec leur siège. Ainsi, si c'est à la face supérieure du foie qu'ils évoluent, ils compriment le poumon droit surtout et causent de l'oppression ; si au contraire c'est à la face inférieure, l'estomac, le côlon, les reins peuvent être déplacés et on peut observer de la dyspepsie et des vomissements, des coliques et des douleurs ayant le rein droit pour siège et rayonnant de ce point comme d'un centre ; mais nous insisterons sur ces phénomènes dans le chapitre suivant en traitant du diagnostic.

DIAGNOSTIC

On a avancé que les kystes hydatiques du foie n'avaient pas de symptomatologie. Nous croyons que le diagnostic présente en effet des difficultés presque insurmontables tant que la tumeur n'a qu'un petit volume ; mais plus tard on peut l'établir d'une façon précise. Quand le kyste siège à la face supérieure du foie, les moyens de diagnostic qui nous seront très-utiles dans d'autres cas sont ici d'une application difficile. Le malade accuse de la dyspepsie, des palpitations, des vomissements, etc., symptômes que nous exposons plus bas, mais qui n'indiquent qu'une gêne momentanée. On doit du reste être guidé par la marche de la maladie.

Le kyste hydatique se développe en général lentement, sans douleur, sans ascite et sans fièvre ; le malade n'accuse qu'un sentiment de pesanteur dans l'hypochondre droit. De plus on peut avoir recours à l'inspection, à la palpation et à la percussion et chercher la fluctuation. L'inspection fera voir une augmentation de volume de la région hépatique et de l'abdomen, une élévation des fausses côtes et une proéminence du creux épigastrique et des espaces intercostaux droits en rapport avec le siège, l'étendue et le volume de la tumeur. La palpation, au contraire, a pour but : 1° de reconnaître la forme, le volume, la tension et par conséquent la résistance et la dureté de la tumeur ; 2° d'observer les détails présentés par telle ou telle autre région et en particulier l'hypochondre. Nous ne pouvons mieux faire que de citer les quelques lignes qui suivent et qui résument les renseignements fournis par la palpation :

« Dans les cas de kystes hydatiques, on sent le plus souvent une tumeur plus ou moins régulière faisant saillir l'hypochondre et relevant les dernières côtes. Cette tumeur est élastique,

elle se continue en haut avec le foie ordinairement lisse. Elle peut quelquefois, cependant, se dessiner en bosses arrondies (observ. de Frerichs). Elle est de consistance molle et souvent fluctuante. Voilà ce qu'on observe le plus souvent et ce que disent les auteurs. (1) » De plus cette tumeur suit les mouvements du foie et ceux du diaphragme quand le malade respire. Lorsque l'on pratique la palpation et qu'on ébranle par un coup sec le liquide contenu dans le kyste, on pourra souvent percevoir le frémissement hydatique qui ne ressemble qu'à lui-même. Ce dernier signe est pathognomonique. Il faut néanmoins que les parois du kyste n'aient pas une tension très-considérable pour qu'il puisse se produire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

On ne pourra confondre un *kyste hydatique* avec un abcès : celui-ci atteint rarement de grandes dimensions et s'accompagne constamment de phénomènes fébriles et douloureux.

Le *cancer* du foie a aussi une symptomatologie toute différente. Il offre en effet une résistance plus grande à la pression, une surface bosselée et s'accompagne tôt ou tard de la cachexie à teinte jaunepaille caractéristique.

Les anévrysmes de l'aorte abdominale ne sauraient non plus être confondus avec les kystes hydatiques du foie. Outre les douleurs atroces qu'ils déterminent, le bruit de souffle et les battements propres aux anévrysmes les font reconnaître facilement.

Il est pourtant des cas où le diagnostic est peu aisé à établir. C'est alors que le kyste se développe rapidement : 1° en causant de la fièvre et des douleurs intenses ; 2° en comprimant les vaisseaux biliaires et en occasionnant de l'ictère ; 3° en comprimant la veine-porte ou la

(1) G. Magnant : Contrib. à l'étude des kystes hydatiques du foie. Diagnostic et traitement, thèse de Paris 1877.

veine-cave, ou toutes les deux à la fois, et produisant soit l'ascite, soit l'œdème des membres inférieurs ou ces deux phénomènes simultanément. — En présence de ces complications, heureusement rares, le médecin aura recours à la ponction capillaire aspiratrice, qui, en lui fournissant quelques gouttes de liquide, lui procurera souvent l'élément indispensable du diagnostic. On sait en effet que de cette façon les hydatides ne seront pas toujours amenées en dehors, mais le liquide extrait diffère essentiellement des autres liquides de l'organisme en ce qu'il contient constamment des proportions infimes d'albumine. Pour cette opération fort légère et qui n'expose à aucun danger, on emploiera la seringue de Pravaz ou mieux les appareils spéciaux de Dieulafoy ou de Potain.

TRAITEMENT

Les anciens ne connaissant pas la nature des kystes hydatiques se bornaient à faire de la médecine symptomatique, impuissante à guérir la maladie qui nous occupe. Quant à l'intervention chirurgicale, elle était proscrite chez eux par cette idée que pratiquer une opération sur le foie c'était exposer le malade à une mort prompte et certaine. On est revenu de ces erreurs, comme nous le verrons plus loin. La médication intelligente et efficace de cette affection, aussi bien que son histoire clinique, ont pris naissance avec les découvertes signalées précédemment qui nous ont fait connaître sa nature et sa pathogénie. En tous cas, les secours de l'art amènent souvent la guérison des kystes hydatiques, tandis qu'abandonnés à eux-mêmes ces derniers ont presque toujours une terminaison fatale qui survient dans l'espace de trois ou quatre ans.

Dans l'ordre chronologique, le traitement médical a précédé le traitement chirurgical. Bien qu'on puisse le regarder aujourd'hui comme complètement mis de côté, nous en parlerons en premier lieu, nous réservant d'insister sur le traitement chirurgical.

Traitement médical. — Les agents thérapeutiques ont eu pour raison de leur emploi qu'ils pouvaient, pénétrant dans le système circulatoire, arriver au contact de la poche hydatique et la modifier. Aucune expérience n'est venue corroborer cette vue de l'esprit.

Baumes (1) a employé le calomel et en a obtenu des cas de guérison ; mais d'autres que lui s'en sont très-peu servi. Jaccoud (2) a constaté

(1) Annales de médecine pratique de Montpellier.

(2) Jaccoud : Cliniques de Lariboisière.

l'efficacité de l'iodure de potassium administré à doses ordinaires. Ce médicament a donné encore des succès à Hawkin et Heckford en Angleterre (1) aussi bien qu'à Desnos, Fox et Long (2) qui ont affirmé l'avoir retrouvé dans la poche kystique ; mais le contraire a été soutenu par Murchison (3), Frerichs et Semmola (4). Ces trois derniers, après avoir fait suivre sans résultat à quelques-uns de leurs malades le traitement par l'iodure de potassium, jugèrent à propos de pratiquer des ponctions. Le liquide qu'ils retirèrent ayant été soumis à l'analyse chimique ne présenta jamais aucune trace de cet agent. Quoique recommandé par quelques praticiens éminents, ce médicament est rejeté par d'autres et banni de leur pratique ; pour nous, il est certain qu'un observateur comme M. Jaccoud a d'excellentes raisons pour l'employer, et nous pensons avec lui qu'on peut en tirer profit en le prescrivant surtout dans les cas où le kyste, encore peu volumineux, présente quelques points indurés. Si l'intervention chirurgicale a paru nécessaire, il faut, sans cesser l'emploi de l'iodure, pratiquer la ponction capillaire aspiratrice suivie de l'évacuation complète ou incomplète du liquide kystique, et si dans la suite on croit une seconde ponction inévitable, on suspendra l'iodure de potassium devenu inutile.

Chabert a expérimenté le pétrole et l'huile empyreumatique ; mais nous ignorons si d'autres l'ont suivi dans cette voie. C'est dire que cette médication, d'une efficacité très-douteuse, a été accueillie sans aucun empressement. Hyaltelin (5) a préconisé la térébenthine, le boldo, la teinture de Kamala. Mentionner ces trois agents en les mettant à peu près sur la même ligne, c'est avouer que leur utilité ne nous semble guère démontrée ; ils paraissent n'avoir rendu service qu'entre les mains d'Hyaltelin, et bien rares ont été ceux qui ont consenti à les

(1) Heckford : Brit. Med. Journ. (Sept. 1868). Cité par H. Rendu dans le Dictionnaire encyclopédique. Art. foie.

(2) Fox et Long : Brit. Med. Journ. Mai 1871.

(3) Murchison : Of the Path. Soc. XVIII, page 125.

(4) Frerichs et Semmola : Paris médical. Août 1876.

(5) Annales de médecine navale. 12 Novembre 1869.

expérimenter. L'alcoolature de Kamala, administrée à la dose de 20 à 30 gouttes par jour, apaise la douleur et n'a jamais donné lieu à des accidents regrettables. Son innocuité peut excuser son emploi et engager même à continuer les expériences.

Laënnec, sachant que les moutons qui paissent sur les bords de la mer n'ont pas d'hydatides et qu'on peut guérir ceux qui en sont atteints en les amenant dans ces pâturages, attribua leur immunité à l'ingestion considérable de chlorure de sodium effectuée par ces animaux avec les herbes des prés salés dont ils se nourrissent. Il fut aussi confirmé dans cette idée par la connaissance qu'il eut de l'extrême rareté des kystes hydatiques chez les marins, dont la base de la nourriture se compose de salaisons. Dès lors, pour lui, le remède de cette affection était tout trouvé : c'était le sel marin. Il le prescrivit à la dose de 5 à 10 grammes par jour, et même davantage, et remarqua que, par suite de ce traitement, la tumeur s'était affaissée. Il administra aussi des bains avec 5 ou 6 kilogrammes de cet agent, et il obtint de bons résultats. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas de guérison authentique par le sel marin, et son action bienfaisante ne peut être expliquée. On sait, d'abord, que le liquide hydatique en est fortement chargé et que, par conséquent, il ne saurait être un poison pour les échinocoques. De plus, par la méthode des bains, la quantité absorbée est excessivement insuffisante pour agir sérieusement sur l'organisme.

Nous concluons : le traitement médical est pour nous impuissant ou à peu près contre les kystes hydatiques, et, s'il est un agent auquel nous puissions nous arrêter, c'est l'iodure de potassium. Il convient, comme nous l'avons dit plus haut, de l'employer pendant un mois, au moins, dans le cas où le kyste est encore peu volumineux, et si la ponction aspiratrice est nécessaire, de le continuer après cette première opération jusqu'à ce qu'une seconde soit reconnue inévitable. On suspendra alors son administration.

On a songé aussi à tuer les échinocoques du foie par le froid prolongé en appliquant une vessie de glace pilée sur la région où siège le

kyste, et en la renouvelant à propos pendant une heure ou deux. On ne saurait s'arrêter longtemps à un pareil traitement. S'il est vrai que la température basse que l'on produit puisse se transmettre au liquide kystique, ce qui est douteux, et exercer une influence mortelle sur les hydatides, il sera encore plus juste de dire que les organes voisins s'en ressentiront sérieusement et que le remède sera peut-être pire que le mal.

Electro-puncture. — Elle a été employée par Budd (1) et Guérault en Islande (2) et, après eux, par des praticiens anglais qui en ont obtenu d'excellents résultats. Nous regrettons de ne jamais l'avoir vu expérimenter en France; cette méthode tue sûrement les échinocoques sans danger pour le malade, mais son étude clinique et sa valeur thérapeutique sont loin d'être bien établies. Semmola, entre autres, a expérimenté l'électrolyse et n'en a jamais retiré les avantages qu'il en espérait; aussi la condamne-t-il.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Nous venons de voir que les agents médicamenteux, aussi bien que le froid et l'électrolyse, sont d'une efficacité douteuse aux yeux de quelques praticiens et négative pour d'autres. Aucun médicament n'a eu de défenseurs ardents, et les discussions qu'ils ont suscitées ont fait ressortir leur impuissance dans l'immense majorité des cas. Aujourd'hui, quand rien ne presse, à peine consent-on à essayer l'iodure de potassium, selon les recommandations de Jaccoud.

Mais, si la thérapeutique médicale échoue et est presque abandonnée, la chirurgie réussit heureusement très-souvent. Nous étudierons les différents procédés qui ont été employés, en essayant d'établir la valeur de chacun d'eux et les indications spéciales de l'emploi de

(1) The Medical gazette, 9 oct. 1846.

(2) H. Guérault : Société de chirurgie. 8 avril 1857, dans Gaz. des hôpitaux.

ceux qui nous paraissent préférables. Tous les procédés que nous allons exposer se proposent, soit d'évacuer le liquide, soit de modifier ou de faire résorber le contenu du kyste.

L'étude du traitement chirurgical se divise naturellement en deux parties : les procédés anciens ; les procédés modernes.

Procédés anciens

I. *Incision simple.* — On divise couche par couche la paroi abdominale jusqu'au péritoine. Celui-ci, n'étant plus retenu, fait hernie dans l'incision que l'on a pratiquée, aussi bien que la partie sous-jacente de la tumeur kystique. On sectionne le péritoine sur une sonde cannelée, et l'on ouvre ensuite la poche hydatique, dont le contenu s'échappe au dehors.

Cette méthode est justement abandonnée, à cause des malheureux résultats qu'elle a amenés. Pajot (1) cite sept cas dans lesquels elle fut sept fois suivie de mort. On comprend qu'une péritonite plus ou moins grave succède toujours à cette opération et que, par suite d'un mouvement ou d'un effort de toux, le foie sera dérangé de la position qu'il avait au moment de l'opération. Dès lors, les produits d'exsudation ou de suppuration de la poche kystique s'écouleront dans le péritoine et amèneront une terminaison presque assurément fatale pour l'opéré.

II. *Incision en deux temps : 1^o Méthode de Bégin.* — Après avoir choisi le lieu d'élection, Bégin incise avec précaution toute l'épaisseur de la paroi abdominale jusqu'au péritoine. De même que dans l'opération précédente, le péritoine est refoulé vers l'extérieur par la tumeur qui fait saillie. Il panse à plat. Quinze ou vingt heures après, il incise le péritoine sur une sonde cannelée, avec un bistouri

(1) Pajot : Thèse de Paris, 1842.

boutonné, et, trois ou quatre jours plus tard, lorsque l'inflammation a produit des adhérences, il ouvre la tumeur.

Cette méthode présente les inconvénients suivants :

Il n'est pas certain que les adhérences se produiront constamment ; nous savons, en effet, qu'il y a des individus atteints de misère physiologique dont la puissance plastique est très-faible. Il pourra survenir une péritonite par propagation d'inflammation avant que les adhérences se soient produites.

2° *Méthode de Gaves.* — Gaves incisait les tissus jusqu'à 3 ou 4 mill. de la collection kystique de la façon que nous avons indiquée dans le procédé précédent, puis, il mettait un gâteau de charpie dans la plaie ainsi obtenue. Il se produisait une inflammation et une suppuration locale amenant des adhérences et un travail ulcératif. Par suite d'un effort ou d'un accès de toux ou d'une contraction forte de la paroi abdominale, le kyste s'ouvrait brusquement quelques jours après en laissant s'écouler au dehors ce qu'il contenait.

Si nous avons à choisir entre ces trois dernières opérations nous opterions pour la méthode de Gaves : avec elle on produit plus sûrement des adhérences et l'on a plus de chances d'éviter la péritonite. Mais toutes les trois donnent libre accès à l'air extérieur et déterminent par suite la suppuration certaine de la poche du kyste qui a pu être simplement séreux. Nous verrons plus loin que cette complication terrible peut être conjurée par les méthodes nouvelles et surtout par la ponction capillaire aspiratrice, et nous dirons en son lieu ce qu'il convient de faire dans le cas où elle viendrait aggraver le pronostic.

Après avoir vidé le kyste, les anciens avaient l'habitude d'opérer des lavages avec des liquides antiseptiques ; leurs procédés ont été justement abandonnés et d'autres plus heureux les ont remplacés de nos jours.

III. *Acupuncture de Trousseau.* — Trousseau a enfoncé de longues aiguilles dans la poche kystique dans le but de modifier le

contenu et d'obtenir des adhérences destinées à préparer le terrain à une intervention ultérieure plus directe. Il a pratiqué cette opération une seule fois, et puisqu'il ne l'a pas répétée, c'est que le résultat a été loin de répondre à ses espérances. Toujours est-il qu'il lui a semblé que la tumeur avait un peu diminué de volume et était restée stationnaire pendant quelque temps. Les adhérences qui, d'après Trousseau, devaient être produites aussi sûrement et plus rapidement qu'avec la méthode de Récamier, firent presque complètement défaut. Cruveilhier a pratiqué lui aussi plusieurs fois l'acupuncture, et il y renonça après des essais sinon malheureux, du moins infructueux, qui firent mettre ce procédé de côté.

IV. *Cautères*. — On a quelquefois appliqué des cautères qu'on a entretenus pendant deux ou trois mois. Grâce à leur action, la tumeur a paru diminuer de volume et a fait différer la tentative d'une opération plus sérieuse devenue inopportune. Nous avons observé le même résultat. (Voir observation II). Cette opération est sans danger aucun et peu douloureuse. C'est la seule qui aurait mérité d'exister dans la médecine opératoire ancienne en tant que procédé exclusif. Elle a aujourd'hui sa raison d'être, car elle est le premier temps de la fameuse opération de Récamier, qui fera plus loin l'objet de notre étude.

V. *Drainage*. — Landau a imaginé le drainage, et l'a mis une seule fois en pratique. Il fixa le foie à la paroi abdominale par des points de suture et passa un drain à demeure. Le malade mourut. Nous ne faisons que mentionner cette opération, que nous croyons inutile de discuter.

Procédés actuels

Aujourd'hui on distingue trois méthodes, que l'on peut diviser en deux catégories :

1° Ponction capillaire aspiratrice.

2° Opération de Récamier. Ponction avec un gros trocart et une sonde à demeure.

Nous parlerons plus loin de l'emploi du siphon.

1. *Ponction capillaire aspiratrice.* — Avant l'invention de l'appareil de Dieulafoy et de Potain, qui n'est qu'un perfectionnement du premier, on pratiquait la ponction des kystes hydatiques du foie avec un trocart fin ou moyen. Aujourd'hui on emploie exclusivement l'appareil aspirateur.

Dieulafoy cherchait la guérison par la seule ponction capillaire aspiratrice, répétée pour ainsi dire à l'infini. Il l'a pratiquée jusqu'à trois cents fois de suite chez un malade qui ne fut guéri que par la sonde à demeure. Gubler l'a suivi dans cette voie, en acceptant sa méthode et son application généralisée à tous les cas. Pour nous, nous ne saurions être aussi absolument partisan de ce procédé. Nous pensons que la ponction capillaire aspiratrice devra être utilisée pour l'évacuation du liquide du kyste tant que l'on n'extraira que de la sérosité ou un liquide clair, citrin ou légèrement trouble ; mais, dès que la suppuration de la poche aura été certaine, il faut recourir aux opérations de notre deuxième catégorie : opération de Récamier ou ponction avec un gros trocart et une sonde à demeure.

On a prétendu qu'à la suite des ponctions capillaires, le liquide devient toujours louche et parfois purulent. Nous nous demandons si réellement cela peut tenir à l'opération elle-même. Nous ne le pensons pas. On ne saurait attribuer cette complication qu'à un défaut de propreté des instruments dont on s'est servi ou bien à la mort des échinocoques agissant dans l'intérieur de la poche comme corps étrangers et déterminant, dès lors, l'inflammation et la suppuration.

La puissance de la statistique nous offre ses arguments irréfutables pour répondre à cette première objection. Sur 46 observations rapportées par *The Lancet*, il y a eu 36 guérisons et dix cas ayant nécessité une large ouverture : deux de ces derniers malades succom-

bèrent. M. Boinet (1) a obtenu 14 succès sur 14 malades. Ainsi, sur 60 malades, 50 ont été guéris par la seule ponction capillaire aspiratrice. On ne saurait, dès lors, affirmer que cette opération détermine la purulence de la tumeur, et il faut chercher ailleurs, comme nous l'avons fait plus haut, les causes de ce phénomène. En tous cas, aucun procédé n'a obtenu d'aussi importants résultats. Vouloir nommer ceux qui le recommandent et qui l'ont pratiqué, serait dresser la liste de presque tous les opérateurs de ces dernières années et des auteurs les plus compétents.

Une première opération a suffi parfois pour amener définitivement la guérison ; quelquefois il a fallu revenir à la charge, à plusieurs reprises différentes. Dans le cas où elle n'entraînerait pas la guérison aussi souvent que le donnerait à supposer ce que nous avons dit dans le paragraphe précédent, il nous semble néanmoins que dans les conditions où nous la recommandons, il faudra commencer par elle. D'autres opérateurs ont été sans doute moins heureux que M. Boinet ; mais tous conviendront que, si l'on n'a pas évité la suppuration, on a mis, du moins, le malade dans les conditions pathologiques où il se serait trouvé si l'on avait employé les méthodes signalées dans la deuxième catégorie de notre classification.

On a reproché à la ponction capillaire d'exposer le malade à la péritonite par épanchement de quelques gouttes de liquide dans le péritoine. Ce qui est venu surtout donner un certain poids à cette objection, c'est l'observation de Hayem (2). Mais, dans ce cas, le malade n'est mort qu'après la cinquième ponction, et nous pouvons affirmer que si toutes les précautions, dont on devrait s'entourer et que nous recommandons plus loin, avaient été prises, il aurait été presque impossible que la péritonite se produisît. Et d'ailleurs, pourquoi mettre sur le compte de la ponction elle-même, bien faite, un échec qui ne s'est produit qu'après quatre tentatives heureuses ? Pour

(1) Cité par H. Rendu : Dictionnaire encyclopédique.

(2) Bulletin de la Société anatomique, 1875.

nous, dans les deux observations (I et II) que nous rapportons, rien de pareil ne s'est produit, bien que le liquide n'eût pas été retiré tout entier.

Dans certains cas, il est survenu de l'urticaire après la ponction. Il nous semble qu'il est difficile de préciser la pathogénie de cette éruption. On l'attribue à la pénétration de quelques gouttes de liquide dans le péritoine.

Souvent, chez les femmes en particulier, on a signalé à la suite de l'opération des douleurs abdominales très-intenses. Elles se compliquent, rarement il est vrai, de ballonnement et de fièvre ; mais on pourrait songer à un commencement de péritonite. Il n'y a pas lieu de concevoir des craintes exagérées. Après trois ou quatre jours au plus ces phénomènes disparaissent sous l'influence de quelques cataplasmes et de quelques lavements laudanisés ou de quelques injections de morphine, et le tout rentre dans l'ordre.

Avec la ponction aspiratrice on n'extraît presque jamais les hydatides, et pour notre compte, nous n'avons pas remarqué qu'il en fût autrement. Pourtant nous ne savons pas ce qui peut en résulter de bien malheureux pour le succès de l'opération. En général, les hydatides meurent, la sérosité qui suinte des parois de la poche est résorbée dans la suite, et ces animaux subissent des transformations qui permettent leur disparition complète. Dans les cas moins heureux, ils agissent comme des corps étrangers, provoquent des douleurs et de la fièvre provenant de l'inflammation qu'ils produisent et de la suppuration qui lui succède souvent. Nous avons déjà dit qu'il convient alors d'avoir recours aux procédés à large ouverture qui permettent les lavages.

Quant aux avantages de la ponction capillaire, ils sont immenses. Elle met à l'abri de l'air, elle est bénigne, peu douloureuse, d'une exécution facile. Elle est parfois nécessaire pour établir le diagnostic. Elle est acceptée avec moins de frayeur que les autres opérations par les malades et leur famille. Quand elle réussit, la guérison arrive plus tôt qu'avec les autres procédés. Elle ne réclame ni pansements, ni

lavages répétés, et ne laisse pas après elle des cicatrices sinon gênantes, du moins désagréables. Ce qui lui assure surtout la supériorité sur les autres opérations, ce sont les renseignements que nous fournissent les statistiques. Nous empruntons la suivante à la thèse de M. H. Launay :

M. Paul Marius rapporte 20 cas où les caustiques furent employés. 7 fois, la mort est survenue sur 11 cas. M. Harley a trouvé :

4 morts, 4 guéris, 3 non guéris.

Hauxley (cité par MM. Desnos et H. Rendu) a relevé en Angleterre les cas de mort par les différents procédés et il a trouvé la mortalité de :

26 pour 100 pour les kystes traités par la ponction simple ;

15 pour 100 par les ponctions capillaires répétées ;

36 pour 100 par les caustiques.

Nous voyons que les ponctions capillaires donnent moins de morts que les autres procédés opératoires.

La ponction capillaire aspiratrice a été parfois suivie d'injections de bile ou de teinture d'iode. On se proposait de tuer plus sûrement les échinocoques et de modifier la surface de la poche kystique. Les résultats sont moins satisfaisants qu'avec la ponction aspiratrice simple, bien que les effets déterminés par ces agents soient moins redoutables qu'on ne serait disposé à le penser alors même qu'on ne retire pas le liquide injecté. Nous voulons parler de la teinture d'iode spécialement.

Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de citer l'observation suivante recueillie à l'hôpital civil de Saint-Denis-du-Sig pendant notre internat.

Observation Première

Personnelle

Hamed ben Mohamet, âgé de 25 ans, demeurant aux Cheurfas, entre à l'hôpital du Sig le 20 mai 1881. Il est berger et a habité sous la tente. Tempérament nerveux ; bien musclé. A eu des fièvres paludéennes, traitées par des médecins arabes.

A la visite, il présente un développement considérable de l'abdomen avec saillie du creux épigastrique et des espaces intercostaux des fausses côtes à droite. Le côté droit est beaucoup plus développé que le gauche. L'abdomen est dur, fournissant un son mat à la percussion. Au moyen de la palpation et des différents modes d'investigation nous constatons que le foie s'étend en avant depuis le sein droit jusque dans la fosse iliaque droite. En arrière, la matité remonte jusqu'à la sixième côte.

Le bord du foie, que nous avons pu suivre avec les doigts, dépassait la ligne médiane de l'abdomen et empiétait sur l'autre moitié. Le malade est un peu gêné dans la respiration ; la digestion est douloureuse et difficile : il vomit parfois après ses repas.

Il accuse un sentiment de pesanteur excessive et déclare avoir maigri un peu depuis 15 jours et éprouver de l'inappétence. Il s'est décidé à venir à l'hôpital.

Il y a 20 mois qu'il aperçut que le volume de son abdomen augmentait progressivement. Les phénomènes que nous avons cités plus haut se sont accentués tous les jours davantage jusqu'au moment présent. Jamais de fièvre, ni d'ictère.

Nous fîmes une ponction exploratrice, avec une seringue de Pravaz à 5 centimètres environ de l'appendice xyphoïde, et à 1 centimètre des fausses côtes à droite, dans un point saillant où la fluctuation était

très-manifeste. Nous sortîmes un liquide clair comme de l'eau, qui, traité par l'acide azotique et la chaleur, ne présenta aucune trace d'albumine.

Après la visite, nous priâmes M. le docteur Noël, notre excellent ami, médecin adjoint à l'hôpital, de venir examiner ce malade. Il diagnostiqua un kyste hydatique, et séance tenante il pratiqua la ponction avec l'appareil de Potain, au point même où nous avions enfoncé la seringue de Pravaz. Il employa l'aiguille moyenne. Après avoir extrait 3500 grammes de liquide, M. Noël fut d'avis de s'arrêter. Il retira vivement l'aiguille de la main droite, après avoir appuyé assez fortement sur la paroi abdominale, le pouce et l'index de la main gauche qui tenaient l'aiguille. Il ferma la petite plaie avec un petit carré de baudruche gommée de deux centimètres de côté et il mit par-dessus un carré plus grand de taffetas gommé. Il badigeonna ensuite avec du collodion.

Il entoura l'abdomen d'une plaque de coton et appliqua un bandage de corps.

Prescriptions : Immobilité dans le décubitus dorsal, diète absolue. Prendre 2 pilules d'extrait d'opium de 25 milligrammes chacune dans les 24 heures, à 10 heures d'intervalle.

Le malade respira beaucoup plus à son aise. Pas de fièvre. Il dormit bien.

Le lendemain il avait le teint reposé et l'air très-rassuré. M. Turot, notre distingué chef de service, jugea à propos de pratiquer une seconde ponction aspiratrice pour vider complètement la poche. Il sortit 3250 grammes de liquide aussi clair que la veille. Il injecta ensuite par la même canule la solution suivante :

Teinture d'iode.....	50 grammes
Eau distillée.....	80 grammes
Iodure de potassium ...	2 grammes

Même pansément et mêmes prescriptions que la veille. Le malade

ne présenta rien de particulier. Il voulut sortir cinq jours après de l'hôpital.

Nous avons eu de ses nouvelles un mois et demi plus tard. Il paraissait guéri.

Nous croyons devoir compléter cette observation par les renseignements suivants.

M. Turot nous a dit avoir traité plusieurs kystes hydatiques par cette méthode et avoir observé continuellement des guérisons aussi parfaites. Il a constaté quelquefois, à la suite de l'opération, des menaces de péritonite qui ont disparu au plus tard en 5 ou 6 jours. Il avait été amené à adopter ce traitement par l'impossibilité où il s'était trouvé d'extraire une solution iodée qu'il avait injectée dans une poche hydatique à la suite d'une ponction aspiratrice :

« Après des tentatives assez longues et parfaitement infructueuses, » je fus obligé, nous a-t-il dit, de laisser la solution dans la cavité » kystique. Je m'attendais à voir apparaître les symptômes de l'em- » poisonnement par l'iode ou d'une inflammation très-intense. Il n'en » a rien été ; le malade dormit quinze heures, paraissant avoir ressenti » l'influence de l'alcool ».

Les paroles de notre maître nous frappèrent fortement. Nous avons cherché des cas analogues à celui qu'il nous a été donné de constater, et nous en avons trouvé deux rapportés par Aran. Pourtant, chez ces deux malades, le foie n'était pas revenu à son volume normal. La santé générale des deux sujets et l'invariabilité du volume de la tumeur pendant un certain temps ont fait admettre la guérison.

Nous ne pouvons expliquer cette innocuité de la teinture d'iode injectée dans les conditions exposées plus haut, et nous regrettons que d'autres expériences ne soient pas venues corroborer celle que nous avons rapportée. — On a expérimenté aussi la bile, l'acool et l'extract mou de fougère. L'injection de bile, recommandée par Dolbeau (1) et

(1) Dolbeau : Thèse de Paris (1856).

avant lui par Cadet de Gassicourt, a donné d'assez bons résultats.

M. Voisin (1) n'en a pas obtenu des succès.

L'alcool a été employé très-rarement. M. le docteur Richard, qui l'a essayé chez deux de ses malades, a considéré l'une d'elles comme guérie après plusieurs injections successives parce que la tumeur ne s'était pas reproduite trois mois après la dernière opération. L'autre malade mourut.

M. Bucquoÿ (3) l'a employée une fois, et le malade est mort ; M. P. Pawy (3) a injecté l'extrait mou de fougère et son malade a guéri en vingt-cinq jours. Ce cas unique ne doit pas faire conclure à la supériorité de ce mode de traitement. M. Boinet a fréquemment employé la teinture d'iode, mais en la retirant dix minutes après l'avoir injectée.

Nous nous contentons de signaler cette méthode, et nous la rejetons, bien qu'elle ait donné de bons résultats entre les mains de certains opérateurs et que nous ayons pu constater nous-même son efficacité chez le malade qui fait le sujet de l'observation n° I. Avec la ponction aspiratrice simple les succès ont été plus nombreux et les échecs bien plus rares qu'avec les autres procédés opératoires.

Les injections exposent sérieusement à la péritonite et déterminent en tous cas l'inflammation de la membrane du kyste. La suppuration aussi en est souvent la conséquence, et en pareil cas nous avons déjà dit ce qu'il convient de faire.

On a discuté pour savoir qu'elle était la zone où il fallait pratiquer la ponction.

En principe général, il est reconnu qu'il faut enfoncer l'aiguille dans le point le plus saillant de la tumeur. Ce point correspond très-souvent au creux épigastrique et au triangle formé par l'écartement des cartilages communs aux premières fausses côtes. On opère là aussi

(1) Voisin (Bull. soc. anat. 1857).

(2) Richard : cité par Paul Marius, Thèse de Paris 1866.

(3) Bucquoÿ. France médicale, 1875, n° 60.

(4) The Lancet. Septembre 1866.

près que possible des limites naturelles du foie, si on se rapproche des cartilages costaux droits et sans crainte de léser des organes importants.

Le plus fréquemment cet espace s'offrira pour ainsi dire de lui-même à la main de l'opérateur, dans les cas surtout de kystes uniloculaires. Mais lorsqu'on aura affaire à des poches multiples, il sera nécessaire de pratiquer plusieurs ponctions.

Nous ne nous étendrons pas sur ce point et nous ne discuterons pas le traitement des kystes à plusieurs loges.

Nous nous contenterons de citer le passage suivant, emprunté à la thèse récente de M. Rieu (1), relatif au lieu d'élection de la ponction aspiratrice :

« La zone de la région thoracique, à travers laquelle on peut pénétrer dans la cavité abdominale sans traverser la cavité pleurale, va donc s'élargissant de haut en bas et d'avant en arrière et forme une sorte de triangle dont la base irait de l'extrémité antérieure de la onzième côte à deux centimètres environ en arrière de l'extrémité antérieure de la douzième, et dont le sommet serait l'extrémité antérieure du septième espace intercostal. » (2).

Des expériences très-probantes ont amené M. Gros à indiquer ces limites. Il est très-important de ne pas blesser la plèvre, qui est le seul organe difficile à éviter, quand on ponctionne ailleurs que dans la région antérieure. En tenant compte des renseignements fournis par la citation faite plus haut on fait disparaître la possibilité de cette lésion.

En France, les médecins sont, en majeure partie, d'accord pour recommander de vider complètement la cavité kystique. Il y a deux raisons capitales à cela. En vidant complètement :

(1) Rieu. Thèse de Montpellier 1883.

(2) Camille Gros. Rapport au congrès scientifique d'Alger. Séance du 16 avril 1881. Cité par M. Rieu.

1° On retire aux échinocoques le milieu nécessaire à leur existence et on les tue plus sûrement ;

2° On fait disparaître les causes de péritonite par épanchement de liquide kystique dans la cavité péritonéale. C'est un reproche de plus que l'on évite à cette méthode opératoire.

Nous n'insistons pas sur ce point qui n'est pas discuté chez nous et nous regardons comme acquis qu'il faut vider jusqu'à la dernière goutte.

Pour augmenter les chances de réussite de l'opération, il convient de prendre les précautions suivantes, qui composent le formulaire opératoire et qui ont été exposées dans la thèse de Launay. Nous croyons devoir modifier pourtant quelques points.

Avant l'opération

S'assurer de la propreté de l'instrument.

Placer un bandage de corps sous le malade.

Pendant l'opération

Éviter tout mouvement au malade.

Ne pratiquer aucune pression ni percussion pour s'assurer de l'état de la tumeur.

Retirer vivement l'aiguille en appuyant fortement sur la paroi abdominale avec le pouce et l'index de la main gauche qui embrassent l'aiguille.

Continuer cette pression pendant un certain temps.

Après l'opération

Fermer la plaie avec de la baudruche et du collodion.

Serrer assez fortement le bandage de corps, et même exercer sur l'endroit de la piqure une certaine compression avec de la ouate.

Recommander l'immobilité absolue.

Donner l'opium.

Nous avons terminé ici l'étude de la ponction aspiratrice. Nous répondons à d'autres reproches peu sérieux qu'on lui a adressés dans le chapitre suivant, où ce qui nous reste à dire à ce sujet nous semble mieux placé.

En attendant, nous inscrivons les observations suivantes, dans lesquelles la ponction aspiratrice a obtenu des guérisons remarquables.

Observation II

Communiquée par M. le professeur agrégé Roustan et observée par nous-même.

Madame Bon..., demeurant à Montpellier, âgée de 22 ans, mariée depuis 2 ans et demi. Constitution robuste, tempérament lymphatique.

Ses parents se portent bien, ainsi que ses frères et sœurs.

A 10 ans, elle a eu une fièvre typhoïde bénigne qui a guéri en trois semaines.

A 16 ans, elle a éprouvé une frayeur à la suite d'un déraillement de train.

Bientôt après, elle observa que le côté droit augmentait de volume ; elle ressentit des douleurs légères et un sentiment de pesanteur dans l'hypochondre droit.

Elle consulta un médecin qui lui prescrivit des douches froides *loco dolenti*. Cette médication ne lui procura aucun soulagement. Quelque temps après, on lui fit appliquer des vésicatoires volants répétés, et on lui ordonna des purgatifs légers à plusieurs reprises. Eau d'Andalbre.

Elle se trouva soulagée, et, malgré des exacerbations qui se produisirent chaque année au mois d'août, elle se crut guérie. Bien que le côté droit restât volumineux, il fut indolore pendant cinq ans.

Elle s'est mariée en février 1881 ; elle n'a jamais eu de grossesse. Elle a été réglée à 14 ans, sans éprouver de douleurs. Quelquefois les règles étaient remplacées par des épistaxis auxquelles elle était, d'ailleurs, sujette depuis son enfance.

Au mois de janvier 1882, à la suite de la noce de son frère, elle éprouva de la fatigue et des crampes très-vives dans les jambes, survenant surtout pendant la nuit. Elle ressentit des douleurs gastralgiques et présenta une teinte subictérique légère.

Pour la première fois, elle souffrit de douleurs siégeant à l'épaule, au sein et au cou, du côté droit.

Au mois de novembre 1882, elle consulta pour la première fois M. Roustan, qui constata dans l'abdomen une tumeur fluctuante profondément située. La matité descendait à droite, à quatre doigts au-dessous de l'ombilic et s'étendait jusque dans la moitié gauche de la cavité abdominale. Tour de taille, 0,90 centimètres.

A la suite d'une consultation, M. le professeur Bouisson et M. Roustan (quoique le diagnostic de kyste hydatique du foie eût été porté), *prescrivirent par mesure de précaution* des vésicatoires volants, de l'eau de Vichy, et ils purgèrent la malade avec le calomel et la rhubarbe. Comme cette médication n'avait pas amené une amélioration sensible, M. Roustan fit appliquer bientôt après deux cautères qu'il entretint pendant deux mois. La malade fut un peu soulagée. Mais l'intervention chirurgicale devint absolument nécessaire.

Le 12 mai 1883, il fit une ponction aspiratrice avec l'appareil de Potain, et retira 1100 grammes de liquide parfaitement clair. Il ferma la plaie avec du taffetas gommé et plaça un bandage de corps. La malade éprouva des douleurs abdominales très-intenses pendant deux ou trois jours. Elles furent calmées par les cataplasmes et les lavements laudanisés.

Quatre jours après cette opération, on mesura le tour de taille et on trouva 0,86 centimètres.

L'appétit revint et se maintint pendant 15 jours. Les digestions étaient plus faciles et amenaient un certain embonpoint, lorsqu'il se déclara subitement des douleurs abdominales très-violentes et des vomissements. Ces symptômes alarmants s'amendèrent, grâce aux opiacés, aux boissons glacées et à la potion de Rivière.

Depuis ce moment la malade va de mieux en mieux. Le volume de la tumeur diminue graduellement et l'on peut espérer une guérison définitive ; car, en ce moment, rien ne peut faire prévoir qu'il sera nécessaire de faire une deuxième ponction capillaire.

Observation III

(Personnelle)

X..., âgée de cinq ans, née à Buenos-Ayres, demeurant à St-Louis département d'Oran, rentre avec sa mère à l'hôpital d'Oran, dans le service de M. Jasseron, chambre n° 3 des payants, vers le 15 décembre 1880.

Tempérament lymphatique. Constitution faible. Aucune maladie antérieure.

Ses parents ont remarqué que depuis deux mois environ leur enfant était souffrante. L'appétit était mauvais, et le ventre, douloureux à la pression, augmentait de volume.

Elle eut quelques légers mouvements fébriles que l'on combattit par la quinine, sans amener aucune amélioration.

Nous constatons à la visite que le foie déborde les fausses côtes de 2 centimètres en bas et forme une tumeur saillante à 4 ou 5 centimètres au dessous de l'appendice xyphoïde et à 3 ou 4 centimètres du rebord costal droit.

Diagnostic : kyste hydatique du foie.

On fait prendre chaque jour à la malade pendant dix jours 25 grammes de sirop d'iodure de fer et quelques cueillerées de malaga au quinquina.

Le matin, la malade est bien. Dans l'après-midi elle est plus anxieuse et a de la fièvre.

25 décembre. Anesthésie locale avec des pulvérisations d'éther et ponction avec l'appareil Potain, donnant issue à 260 grammes de liquide clair. On ferme la plaie avec deux petits carrés de taffetas gommé de dimensions inégales, le plus grand par-dessus le plus petit. On met un bandage de corps en tissu élastique de la largeur de 10 centimètres que l'on maintient en place avec des bretelles.

Régime : lait sucré, repos absolu.

Le soir, pas de fièvre.

26. La malade demande instamment à manger et n'a pas de fièvre dans l'après-midi.

27. Elle a bien dormi et est plus gaie que d'habitude. Le soir, la fièvre n'a pas reparu.

28. Rien de nouveau à signaler. Le mieux se maintient.

29. On enlève les deux carrés de taffetas et on explore l'abdomen. La douleur n'est pas éveillée par la palpation ; le foie a repris ses dimensions normales.

La malade quitte l'hôpital le 6 janvier.

Nous avons eu souvent de ses nouvelles. Le 4 février, on nous renseigna pour la dernière fois sur son compte ; le mieux s'était maintenu et on pouvait la considérer comme guérie.

A la suite de cette observation nous pouvons citer quelques cas de guérison obtenus après une seule ponction aspiratrice :

1° Robert (Société de Chirurgie, 18 mars 1857. Gaz. des hôpitaux, 1857).

2° Demarquay cité par Boinet, p. 30, ponction aspiratrice.

3° Chassaignac (Bulletin de chirurgie).

4° Moutard-Martin (Union médicale).

5° Mesnet cité par Magnant (thèse inaugurale 1877).

6° Jaccoud, 2 cas rapportés dans ses cliniques de Lariboisière.

Nous avons trouvé dans les auteurs plusieurs cas de guérison survenus après des ponctions successives. Nous en rapporterons quelques uns pour montrer l'excellence de ce procédé opératoire :

1° Moutard-Martin (société des hôpitaux, 30 juillet 1873), 2 ponctions.

2° Monod (Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie, 19 juillet 1873) cité par Duclaux, 3 ponctions.

3° Lenoir (Soc. de chirurgie), 10 ponctions.

4° Dumont-Pallier, 2 ponctions.

5° Dieulafoy cité par H. Launay, 7 aspirations.

OPÉRATION DE RÉCAMIER

Récamier, partant de cette idée que le liquide kystique pouvait se répandre dans le péritoine, songea à remédier à cet inconvénient en produisant des adhérences ; il savait qu'en provoquant une inflammation dans le voisinage des séreuses, celles-ci y prenaient part. C'est pour cela qu'il eut recours aux caustiques après avoir néanmoins établi le diagnostic à l'aide de la ponction capillaire.

Voici comment il opérait :

Il plaçait un morceau de pierre à cautère de la largeur d'une pièce de deux francs sur le point le plus saillant de la tumeur. Quand rien ne pressait, il attendait que l'eschare se détachât d'elle-même ; sinon, il l'excisait dès le lendemain. Dans la cavité ainsi obtenue il plaçait de la potasse ; une nouvelle eschare se formait ; quand celle-ci était tombée, il faisait de la même façon une troisième et même une quatrième application de potasse jusqu'à ce qu'il eût obtenu une perforation de la paroi du kyste.

Par ce procédé, on peut arriver en quatre jours à l'intérieur du kyste ; si on attend la chute des eschares, l'ouverture ne se produit qu'après vingt ou vingt-cinq jours.

Récamier faisait ensuite plusieurs fois par jour, dans la cavité du kyste, des lavages détersifs, émollients et même un peu irritants. Par ce procédé il obtenait des succès inconnus avant lui. Nous renonçons à publier les observations que Jobert de Lamballe et Giraldez, entre autres, enregistrèrent à cette époque.

On a fait à cette méthode des objections sérieuses qui ont motivé les changements qu'on y a apportés.

M. Verneuil déclare que quand « on s'adresse à des sujets dont la puissance plastique est peu considérable, les applications de caustiques les plus méthodiques ne parviennent pas à établir des adhérences

entre le péritoine pariétal et le péritoine viscéral ; ou bien les adhérences sont incomplètes et se détruisent facilement. En sorte qu'à un moment donné, inopinément, soit que l'ouverture se fasse par la chute de l'eschare, soit que l'on ait recours au bistouri, l'absence des adhérences ou leur défaut de solidité livre passage au liquide pathologique dans la cavité du péritoine ».

Tout en reconnaissant ce qu'il y a de vrai dans la critique de M. Verneuil nous ne pensons pas que l'absence d'adhérences ait été bien souvent constatée quand l'application des caustiques a été faite méthodiquement par une main habile.

Dans les trois observations suivantes, les adhérences sont parfaitement établies.

Observation IV

(Communiquée par mon père).

Madame Tomasi, demeurant à Grossa, âgée de 48 ans, née à Giuncheto (Corse). Constitution forte; tempérament sanguin; n'a jamais eu de maladies. Mère de cinq enfants.

Ses parents sont robustes; aucune diathèse.

En 1877, les digestions devinrent difficiles et douloureuses; elle remarqua que le creux épigastrique était plus saillant que par le passé.

Mon père diagnostiqua un kyste hydatique du foie. Il pratiqua une ponction aspiratrice et retira 1200 grammes de liquide. La tumeur se reproduisit quinze jours après. Il songea à pratiquer l'opération de Récamier parce que la malade éprouva des accès de fièvre. Trois applications successives de pâte de Vienne, faites d'une façon classique, conjurèrent les accidents que l'on redoutait et l'on jugea prudent de s'arrêter et d'attendre. On obtint, en quelques jours, la cicatrisation de la plaie, qui avait été produite par les caustiques.

Pendant cinq années, la malade a joui d'une bonne santé, éprouvant parfois, à la région hépatique, des douleurs qui disparaissaient facilement à la suite des injections de morphine.

Le 26 janvier 1883, elle fut prise de douleurs très-intenses que l'on combattit par les injections de morphine, les cataplasmes et les lavements laudanisés qui n'amenèrent presque aucun soulagement.

Dès ce moment, la tumeur augmenta tous les jours de volume; la malade fut en proie à une fièvre continue, avec diarrhée et ballonnement du ventre.

Le 15 février, on fit une ponction aspiratrice qui amena la sortie de quelques grammes à peine de liquide.

L'état général s'améliora un peu pour devenir plus alarmant quel-

ques jours après. La malade fut prise de frissons très-intenses et de fièvre très-forte. Le kyste était devenu purulent.

M. le docteur Codaccioni, de Grossa, et mon père, résolurent alors de pratiquer une large ouverture pour amener la sortie du pus.

Le 6 mars, on fit, avec un gros trocart, une ponction au centre du tissu cicatriciel, déterminé par l'application des caustiques en 1877. Il s'écoula environ 700 grammes de pus mal lié, très-fétide : on fit une injection d'eau très-légèrement phéniquée pour laver la poche kystique. On retira la canule du trocart et l'on mit une sonde en caoutchouc que l'on obtura avec un bouchon. Les adhérences étaient parfaites. La malade se trouva très-soulagée.

Le 7 mars, la fièvre était bien moins forte. On fit deux lavages avec un hydroclyse qui, grâce au robinet dont il était muni, permettait de régler l'intensité du courant du liquide phéniqué que l'on injectait.

Le mieux s'est maintenu tous les jours. On a continué les lavages. Le 15 mai, la malade était à peu près complètement guérie. La cavité purulente présentait environ 6 centimètres de longueur et permettait l'introduction de quelques grammes de liquide à peine.

On a supprimé les injections le 16. Huit jours après, le trajet fistuleux était complètement fermé.

La malade est, aujourd'hui, bien rétablie. Elle a acquis un certain embonpoint et on peut la considérer comme complètement guérie.

Observation V

(Communiquée par mon père)

Simon Neri, cultivateur, âgé de 34 ans, demeurant à Sartène. Tempérament lymphatique, constitution forte. A eu des fièvres intermittentes, est sujet aux bronchites.

En 1875, il se plaignit de pesanteur à l'hypochondre droit et de douleurs d'estomac qui revenaient surtout après les repas. Le médecin consulté diagnostiqua un kyste hydatique du foie, et fit des applications de potasse caustique d'après la méthode de Récamier. Cinq semaines après, le kyste s'ouvrit au fond du cautère et laissa écouler un liquide clair contenant des hydatides.

Deux mois après, le malade éprouva des douleurs encore plus vives à la région du foie en arrière ; on constata à ce niveau une matité s'étendant sur une surface assez grande.

Nouvelle application de caustique de Vienne entre la neuvième et la dixième côte. Quinze jours après, un nouveau kyste hydatique s'ouvrait à la suite d'un travail ulcératif, à un centimètre environ de ce nouveau cautère, donnant issue à du pus. Ces deux ouvertures laissèrent écouler un liquide glaireux, parfois purulent, pendant près de dix-huit mois.

La guérison s'ensuivit et ne s'est pas démentie.

Observation VI

Le nommé Milhoud ben Ali, âgé de 27 ans, rentre à l'hôpital d'Oran, salle St-Pierre n° 38, le 15 août 1880.

M. Jasseron, notre regretté chef de service, diagnostique une hépatite aiguë.

Le malade éprouve des frissons fréquents et est en proie à une fièvre très-intense.

Le lendemain il présente une teinte ictérique généralisée assez accentuée ; l'hypochondre droit est très-douloureux à la pression.

On prescrit 1 gramme 50 de calomel ; diète absolue.

Injection sous-cutanée avec 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. La fièvre continue.

Le 17 août, on prescrit 1 gramme de sulfate de quinine et une potion avec :

200 grammes de malaga.

2 grammes d'extrait de quinquina.

Température moyenne 38,5.

Le 18 août, le foie, qui a augmenté de volume, déborde de 4 centimètres le rebord des fausses côtes droites et est beaucoup plus douloureux à la pression que les jours précédents.

On prescrit 0,10 centigrammes de calomel en dix paquets. Prendre un paquet toutes les deux heures. On applique quinze sangsues *loco dolenti*.

Le 19 août, la fluctuation est manifeste. Nous avons affaire à un abcès du foie.

On fait une ponction aspiratrice avec l'appareil de Potain. On retire quelques gouttes à peine de pus très-épais. On sort la canule et on observe qu'elle est obstruée par des membranes épaisses et des gru-

meaux purulents. On fait alors une application de pâte de Vienne et on excise une heure après l'eschare qui s'était produite. Dans le fond de la plaie on met une plaque de pâte de Canquoin de l'épaisseur de trois millimètres environ et on la fixe en place par une bande de diachylon large de huit centimètres, qui faisait le tour du corps.

A quatre heures de l'après-midi, notre chef de service vint voir le malade. Il défit le bandage qui avait été appliqué et, après avoir enlevé la pâte de Canquoin, il plongea un gros trocart au centre de la plaie produite par les caustiques. Ensuite il retira la pointe et laissa la canule en place. Il s'écoula environ 300 grammes de pus et des débris de membranes appartenant à la cavité de l'abcès. Il fit des lavages avec de l'eau phéniquée à 2 pour cent. On retire la canule et on fait le pansement de Lister. Le lendemain, le malade était mort.

Autopsie. — Il existait une poche purulente dans le lobe gauche du foie. Des adhérences, quoique peu solides, s'étaient parfaitement établies, et nous n'avons pas constaté la présence du pus dans la cavité péritonéale.

On a reproché aussi à la méthode de Récamier que chaque application de caustique produisait un mouvement fébrile.

Nous avons déjà dit que, d'après nous, elle ne doit être mise en pratique qu'après la transformation purulente de la poche du kyste. Ce travail pathologique s'accompagne toujours de fièvre, et l'on pourrait, dans certains cas, mettre sur le compte de l'inflammation déterminée par les caustiques, une élévation de température liée aux transformations morbides que subit la tumeur. Il nous semble difficile d'admettre que ce reproche soit une contre-indication, surtout quand l'on songe au peu d'étendue de la surface mortifiée.

Pendant notre internat nous avons fait plus de cent dix applications de pâte de Vienne sur des bubons suppurés de nature vénérienne et

jamais *une seule fois* les malades n'ont réclamé nos soins pour la fièvre, à la suite de cette opération.

On a prétendu aussi, qu'elle « *exposait les opérés à des fistules presque intarissables* ». Comment comprendre que cet inconvénient peut se produire avec cette opération plus facilement qu'avec le procédé de la sonde à demeure ?

Nous signalons cette légère objection, également méritée selon nous, par la méthode de la sonde à demeure et celle de Récamier si l'on tient compte surtout des perfectionnements apportés à ce dernier procédé.

Avec l'application des caustiques, aussi bien qu'avec les autres procédés, on peut tomber sur la vésicule biliaire ou sur les anses intestinales, et ce malheur ne saurait tenir spécialement à l'opération de Récamier.

Nous pensons néanmoins qu'il est possible d'apporter des perfectionnements à cette méthode telle qu'elle nous a été laissée par son auteur.

Ainsi (voir obs. IV, VI et Traitement par le siphon) quand on juge que les adhérences sont suffisamment établies, on doit ponctionner la tumeur avec un gros trocart, et à chaque pansement il serait plus avantageux d'introduire une grosse sonde en caoutchouc huilée pour mieux assurer l'écoulement du contenu et rendre les lavages plus faciles et moins douloureux.

L'ouverture avec le bistouri, produisant une incision linéaire, pourrait opposer une certaine résistance à l'écoulement du liquide. Nous la rejetons.

Nous dirons dans un chapitre spécial ce que nous pensons de l'emploi du siphon.

DE LA PONCTION AVEC UN GROS TROCART ET UNE SONDE A DEMEURE

Jobert, en 1836, employa au traitement des kystes hydatiques la ponction avec un gros trocart, après avoir fait des applications de potasse caustique selon le procédé de Récamier.

Cet opérateur vidait d'abord la poche aussi complètement que possible et remplaçait ensuite la canule par une sonde en gomme élastique qu'il laissait à demeure.

Plus tard, il se contenta de pratiquer la ponction sans avoir déterminé des adhérences préalables et de remplacer comme plus haut la canule par une sonde élastique.

Les résultats qu'il obtint furent peu satisfaisants, mais il avait montré la possibilité de produire des adhérences en opérant de la sorte.

Il fut suivi dans cette voie par Dolbeau et Boinet. Celui-ci présenta à la Société de chirurgie (5. févr. 1873) une observation communiquée par le docteur Clément d'Aigues-Mortes, dans laquelle des adhérences très-fortes s'étaient produites entre le foie et la paroi abdominale, après avoir pratiqué l'opération qui nous intéresse.

Aujourd'hui d'autres médecins l'emploient dans les cas de kystes du foie, lorsque la ponction capillaire a été reconnue insuffisante. De ce nombre est Verneuil.

On a enregistré des succès importants obtenus à l'aide de cette méthode; mais ces résultats nous semblent dus plutôt à l'habileté des opérateurs.

Nous regrettons de ne jamais l'avoir vu employer et de ne pas posséder une seule observation qui s'y rapporte. Néanmoins qu'il nous soit permis de lui adresser les critiques suivantes, qu'elle nous paraît mériter :

1° *On ne peut empêcher l'entrée de l'air dans la poche du kyste.* Ce point nous semble indiscutable.

2° *Elle ne met pas toujours à l'abri de la péritonite par épanchement.* — En effet, quand on retire la canule dans laquelle on a fait glisser une sonde en caoutchouc, il est difficile d'admettre que quelques gouttes de liquide ne puissent s'écouler dans le péritoine. La canule du trocart ayant nécessairement un diamètre plus grand que celui de la sonde, les parties qui embrassaient la canule ne s'adapteront pas exactement sur la sonde. Si le malade est pris d'un accès de toux, de vomissements ou de hoquet, la compression de la poche kystique (où une exsudation des parois se fait infailliblement pendant les premières heures qui suivent l'opération) se produira sans aucun doute et du liquide passera autour de la sonde.

Rien de pareil ne peut arriver avec l'opération de Récamier modifiée quand les adhérences sont bien établies. Le défaut d'adhérences a été constaté très-rarement et aurait pu être attribué le plus souvent aux applications de caustiques que l'on avait eu tort de faire trop superficielles et insuffisamment larges. L'opérateur a pu aussi dépasser la zone des adhérences en incisant avec le bistouri. C'est ce qui explique comment il a pu se faire que des épanchements se sont produits dans le péritoine après l'opération.

Nous avons tenu à signaler la méthode de la ponction avec un gros trocart et une sonde à demeure, parce qu'elle compte des partisans dont l'autorité immense et généralement reconnue mérite d'être prise en sérieuse considération. Mais la méthode de Récamier modifiée, et que nous avons vu employer avec succès, compte des adhérents bien plus nombreux dont la compétence indiscutable est d'un poids aussi considérable que celle de leurs adversaires. S'il nous était permis d'émettre notre opinion, nous dirions qu'elle offre des avantages sur la ponction avec un gros trocart, tout en demandant pardon à M. Verneuil de ne pas être de son avis.

TRAITEMENT PAR LE SIPHON

Quand le kyste est devenu purulent et que l'on a pratiqué une ouverture large pour opérer des lavages détersifs et antiseptiques, il convient de savoir à quelle méthode il faut s'adresser pour obtenir les résultats que l'on se propose d'atteindre.

En se servant de la seringue, comme cela se fait d'habitude, on pousse parfois le liquide avec trop de force, et de plus il faut retirer l'instrument pour laisser écouler le liquide injecté.

L'exécution de ces manœuvres est rarement parfaite, parce qu'elle est d'une difficulté très-grande. On voudra parfois injecter plus de liquide que la poche n'en pourra contenir, car il est presque impossible que l'on connaisse sa capacité exacte, et dans ce cas on exercera une pression inutile et dangereuse.

Ce pansement et ces lavages ont besoin d'être répétés quatre ou cinq fois par jour au moins et ne doivent être confiés qu'à des mains habiles.

Ces inconvénients que présente l'emploi de la seringue, et que nous ne faisons que signaler sommairement, sont complètement évités par la méthode du siphon.

M. le professeur Revilliod (1) a appliqué au lavage d'un kyste hydatique suppuré « le siphon pleural qu'il emploie d'habitude et avec succès au traitement de l'empyème ».

Nous résumerons l'observation qu'il a publiée.

Après 4 ponctions successives effectuées avec l'appareil de Potain chez une malade dans l'espace de 5 semaines, il jugea à propos de recourir à un traitement plus radical. Il songea d'abord à l'opération de Récamier pour produire les adhérences, mais il y renonça parce

(1) L. Revilliod. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 13 mai 1882. Genève, H. Georg, libraire-éditeur.

qu'elle aurait demandé « trois à quatre semaines » pour être bien faite. Il fit une ponction avec le trocart n° 2 Potain. « Puis, ajustant à la canule un tube de caoutchouc terminé par un entonnoir, dit-il, nous avons commencé par laver consciencieusement notre kyste à grande eau légèrement phéniquée, puis laissé le tube en place, son extrémité plongeant au pied du lit dans un bol où le liquide kystique s'écoulait sans cesse. »

Huit jours après, la canule ayant déterminé des adhérences, M. Revilliod voulut la remplacer par un tube en caoutchouc aussi large que possible. Voici comment il s'y prit : 1° Il introduisit dans la canule une aiguille à tricoter ; 2° il retira la canule ; 3° il glissa sur cette aiguille, jouant le rôle de tige conductrice, un cylindre de laminaria canaliculée et huilée ; 4° il retira l'aiguille.

« Le lendemain, la laminaria était suffisamment gonflée pour permettre l'introduction facile d'un gros tube de caoutchouc ».

Une fois le tube de caoutchouc fixé dans le foie, au moyen d'une ceinture, soutenue par des bretelles, on fit plonger l'autre extrémité dans une bouteille que le malade gardait à la main ou dans la poche de son pantalon quand il se levait.

Lorsque le récipient était plus bas que la poche du kyste, cette dernière laissait couler jusqu'à la dernière goutte du liquide qu'elle contenait. Pour opérer les lavages on étranglait le tube près de son extrémité libre, au moment où le récipient était à un niveau inférieur à celui du kyste. On lavait la bouteille et on y versait la solution antiseptique que l'on voulait injecter.

On faisait plonger alors le tube dans la bouteille que l'on élevait plus haut que la poche du kyste et on supprimait l'étranglement produit sur le tube. L'écoulement se faisait alors de la bouteille dans le kyste.

Par cette méthode, le récipient étant gradué, on suivait jour par jour le retrait de la paroi du kyste, on opérait des lavages (que le malade avait appris à se faire lui-même) dans des conditions aussi bonnes que possible et l'on assurait l'écoulement des liquides qui se formaient dans la cavité du kyste.

Cet appareil fut supprimé dès le 1^{er} mars et les lavages furent pratiqués dans la suite avec une seringue.

Le 25 avril, le malade pesait 68 kilos au lieu de 66, comme au jour de son entrée qui avait eu lieu le 11 novembre, et le kyste ne présentait plus, au 1^{er} mai, qu'un trajet fistuleux de 8 centimètres de profondeur.

On pouvait donc considérer la guérison définitive comme très-prochaine.

Voici les réflexions que nous suggère l'observation précédente : Nous pensons que l'appareil imaginé par M. Revilliod présente des avantages sérieux que nous avons énumérés plus haut et dont on pourrait tirer profit en cas de besoin.

Il a certainement contribué à la guérison de son malade.

Quant au procédé opératoire qui a été mis en pratique, c'est une modification qui méritait d'être signalée.

CONCLUSIONS

L'étude des résultats obtenus par les différents traitements employés à la guérison des kystes hydatiques du foie, les conseils éclairés qui nous ont été donnés, et, s'il nous est permis de le dire, notre faible expérience personnelle nous ont amené à formuler les conclusions suivantes :

1° Les agents thérapeutiques ne sauraient constituer un traitement sérieux des kystes hydatiques du foie. Quand la tumeur a un petit volume et que la santé générale est encore bonne, on peut administrer l'iodure de potassium pendant cinq ou six semaines.

2° Si ce traitement échoue, il convient de ponctionner avec un appareil aspirateur et de continuer l'administration de l'iodure de potassium jusqu'à ce qu'une seconde ponction soit reconnue inévitable ou que le malade soit guéri.

3° Faire des ponctions aspiratrices exclusivement, autant de fois qu'il le faudra et tant que la poche n'est pas devenue purulente.

4° Dans ce cas, il faudrait recourir à un procédé qui procure une ouverture large permettant la libre issue du pus et les lavages faciles. Deux méthodes se trouvent en présence : l'opération de Récamier et la ponction avec un gros trocart et une sonde à demeure. Nous donnons la préférence à l'opération de Récamier.

5° On pourra se servir du siphon pour faire les lavages.

Vu :
Le président censeur,
BOYER.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

Vu, bon à imprimer :
Le Doyen,
BENOIT.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT REPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)



Chimie médicale et Pharmacie

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique médicale

Détermination de la température d'un lieu.

Botanique et Histoire naturelle médicale

Donner le caractère des vers intestinaux rubanaires.

Anatomie

Quelle est la texture du cristallin?

Anatomie pathologique et Histologie

De la cellule en général ; de son origine ; son fonctionnement.

Physiologie

Phénomènes mécaniques de la respiration.

Pathologie médicale ou interne

Qu'est-ce que le lymphatisme?

Pathologie externe

Des abcès métastatiques.

Thérapeutique et Matière médicale

Des différentes préparations de l'opium.

Opérations et Appareils

Des amputations partielles du pied.

Médecine légale et Toxicologie

De la superfétation.

Hygiène

Des jeux de l'enfant dans leurs rapports avec l'hygiène.

Accouchements

La poche des eaux est-elle utile dans les accouchements ?

Clinique interne

Caractères cliniques de l'asthme.

Clinique externe

Du débridement dans les plaies par armes à feu.

Clinique des maladies nerveuses et mentales

Existe-t-il un délire des sens ?

Titre de la Thèse à soutenir

Des kystes hydatiques du foie et de leur traitement.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !
